

Quand débiter un Ttt systémique

Stratégie thérapeutique et critères d'initiation d'un traitement systémique pour cancer thyroïdien médullaire ou différencié

Cancer thyroïdien réfractaire médullaire ou différencié

- Maladie progressive? Délai progression?
- Temps de doublement du marqueur (Tdt)?
- Masse tumorale?
- Symptômes? Lésion à risque?
- Diarrhée/sécrétion hormonale
- *Altération moléculaire ciblable?*

Traitement symptomatique
(diarrhée, douleur, etc)

*Faible masse tumorale
Pas de progression
Pas de symptôme*

*Maladie
oligométastatique
Ou Oligo-progression*

*Symptomatique ou
lésion à risque*

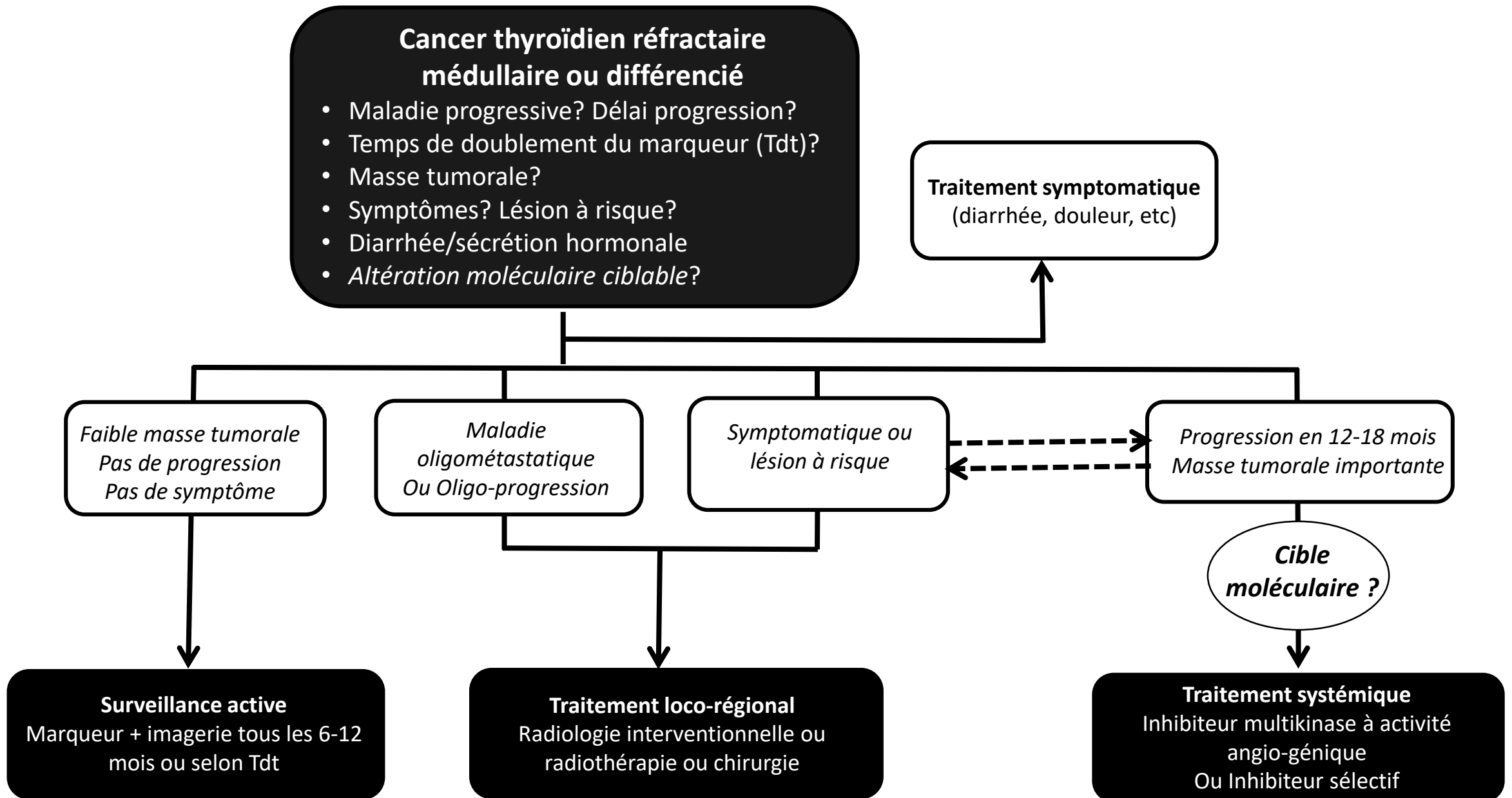
*Progression en 12-18 mois
Masse tumorale importante*

***Cible
moléculaire ?***

Surveillance active
Marqueur + imagerie tous les 6-12
mois ou selon Tdt

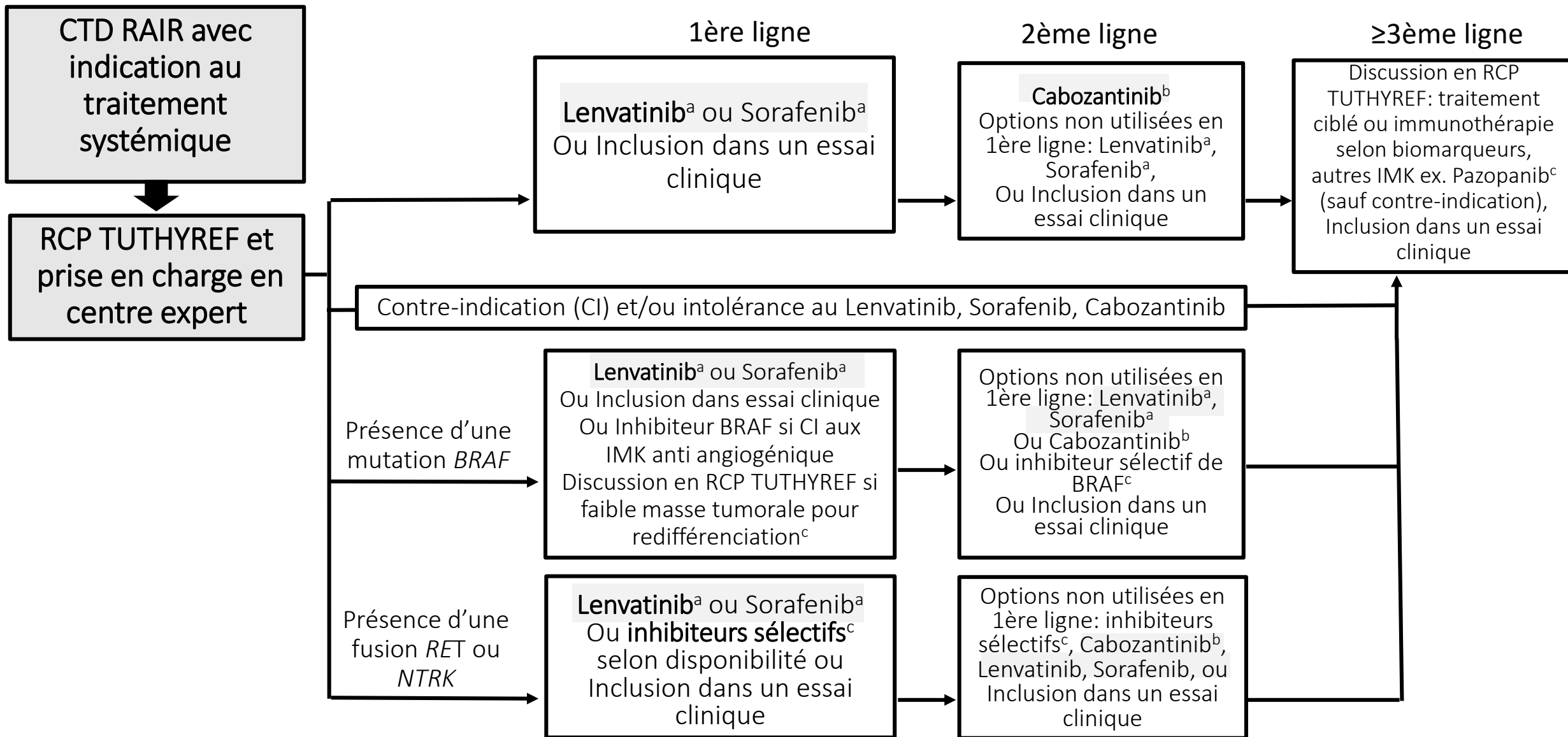
Traitement loco-régional
Radiologie interventionnelle ou
radiothérapie ou chirurgie

Traitement systémique
Inhibiteur multikinase à activité
angio-génique
Ou Inhibiteur sélectif



Cancer thyroïdien différencié

Algorithme de prise en charge du cancer thyroïdien différencié avancé ou métastatique réfractaire à l'iode 131



^a Lenvatinib b est supérieur au placebo en termes de SSP par rapport au placebo en 1ère et 2ème ligne dans une étude randomisée en double aveugle; et Sorafenib supérieur au placebo en termes de SSP par rapport au placebo en 1ère ligne ; ^b Cabozantinib est supérieur au placebo en termes de SSP par rapport au placebo en 2ème et 3ème ligne dans une étude randomisée en double aveugle;

^c essais de phase II non comparatifs (cf texte).

Cancer anaplasique

Algorithme de prise en charge du cancer anaplasique sans mutation BRAF

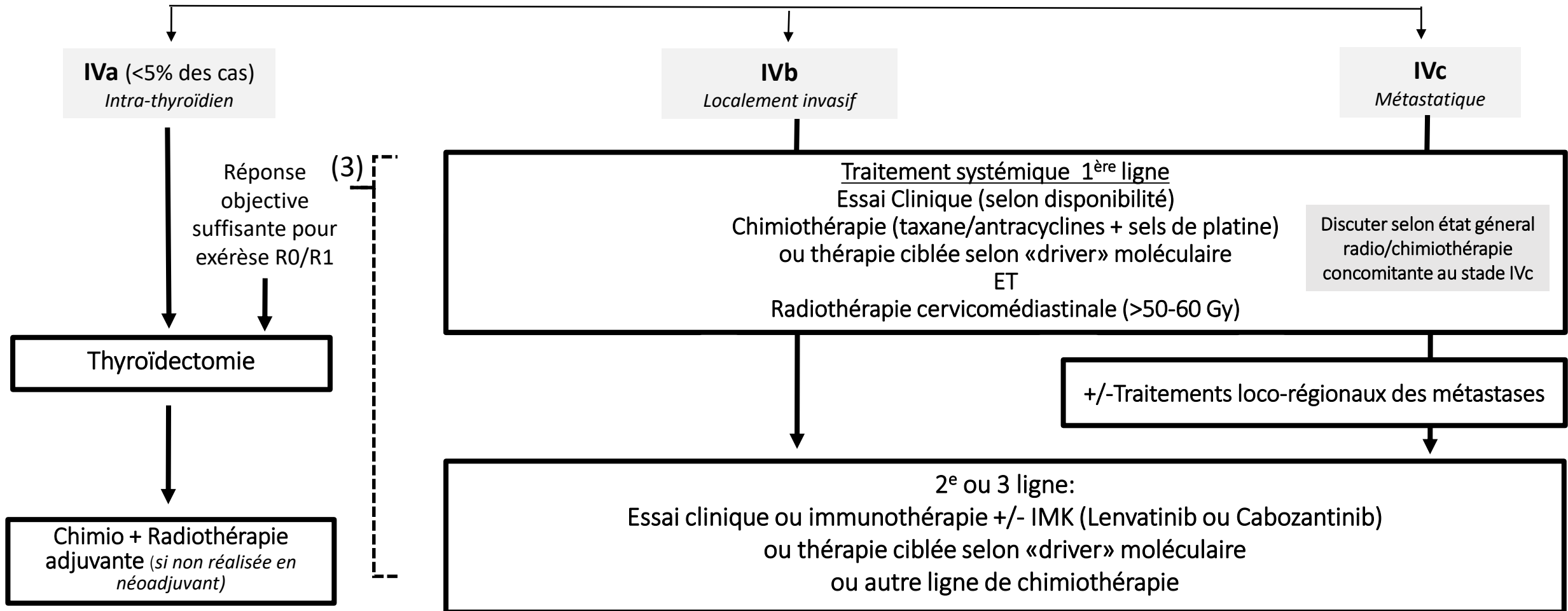
Algorithme de prise en charge du cancer anaplasique avec mutation BRAF

Biopsie diagnostique + Rechercher des altérations moléculaires (dont BRAF) + CPS/PDL1

**Urgence diagnostique
et thérapeutique**

Diagnostic: Cancer anaplasique de la thyroïde sans mutation BRAF

Evaluation pré-thérapeutique (1) , RCP spécialisée, relecture anatomopathologique TUTHYREF-PATH et prise en charge en centre expert, soins de support (2) *parfois exclusifs*, surveillance selon (3)



(1) Etat général, comorbidités, examen ORL, évaluation onco-gériatrique, TDM cervico thoraco-abdominal, TEP-18FDG, Echographie cardiaque ou FEVG isotopique

(2) Soins de support= prise en charge globale du patient et de ses proches en centre spécialisé: information des risques évolutifs dont la dyspnée laryngée, du pronostic péjoratif à court ou moyen terme, accompagnement psychologique, soutien nutritionnel, mise en relation avec réseau local de soins palliatifs, rédaction des directives anticipées

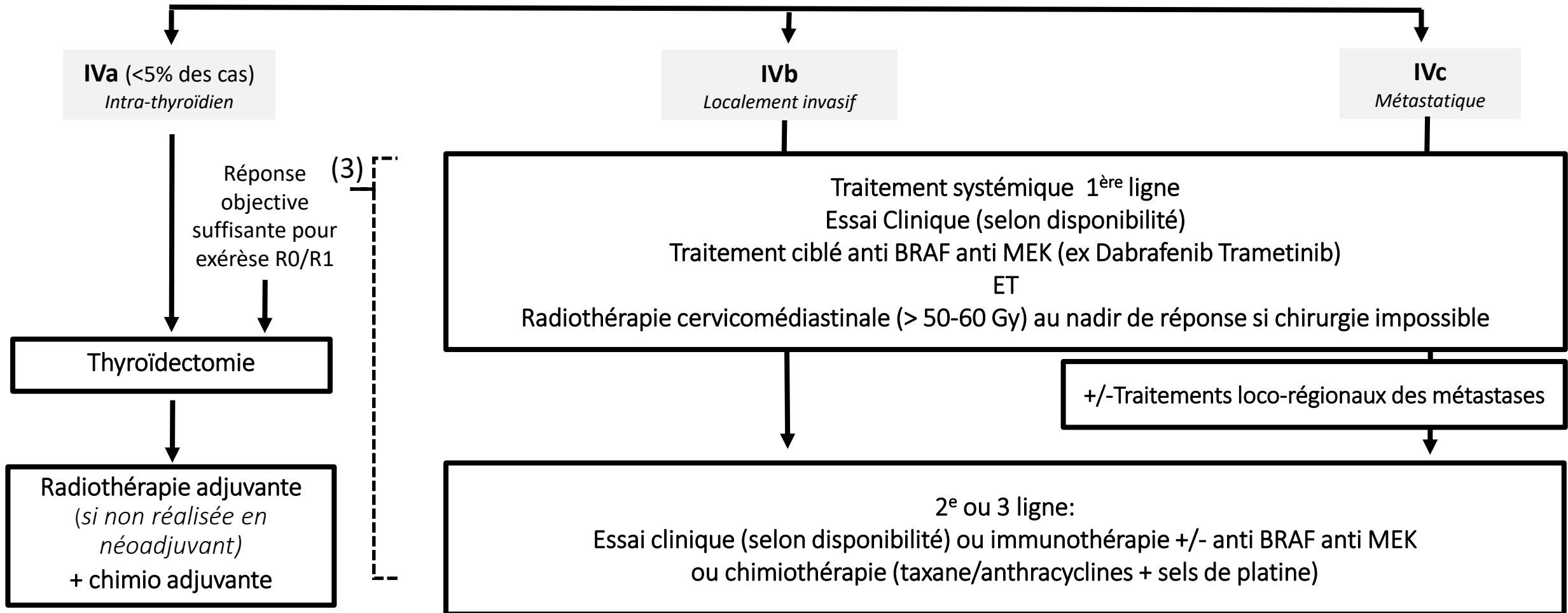
(3) Suivi par TDM CTAP et TEP-FDG toutes les 4-8 semaines

Biopsie diagnostique + Rechercher des altérations moléculaires (dont BRAF) + CPS/PDL1

Urgence diagnostique
et thérapeutique

Diagnostic: Cancer anaplasique de la thyroïde avec mutation BRAF

Evaluation pré-thérapeutique (1), RCP spécialisée, relecture anatomopathologique TUTHYREF-PATH et prise en charge en centre expert, soins de support (2) *parfois exclusifs*, surveillance selon (3)



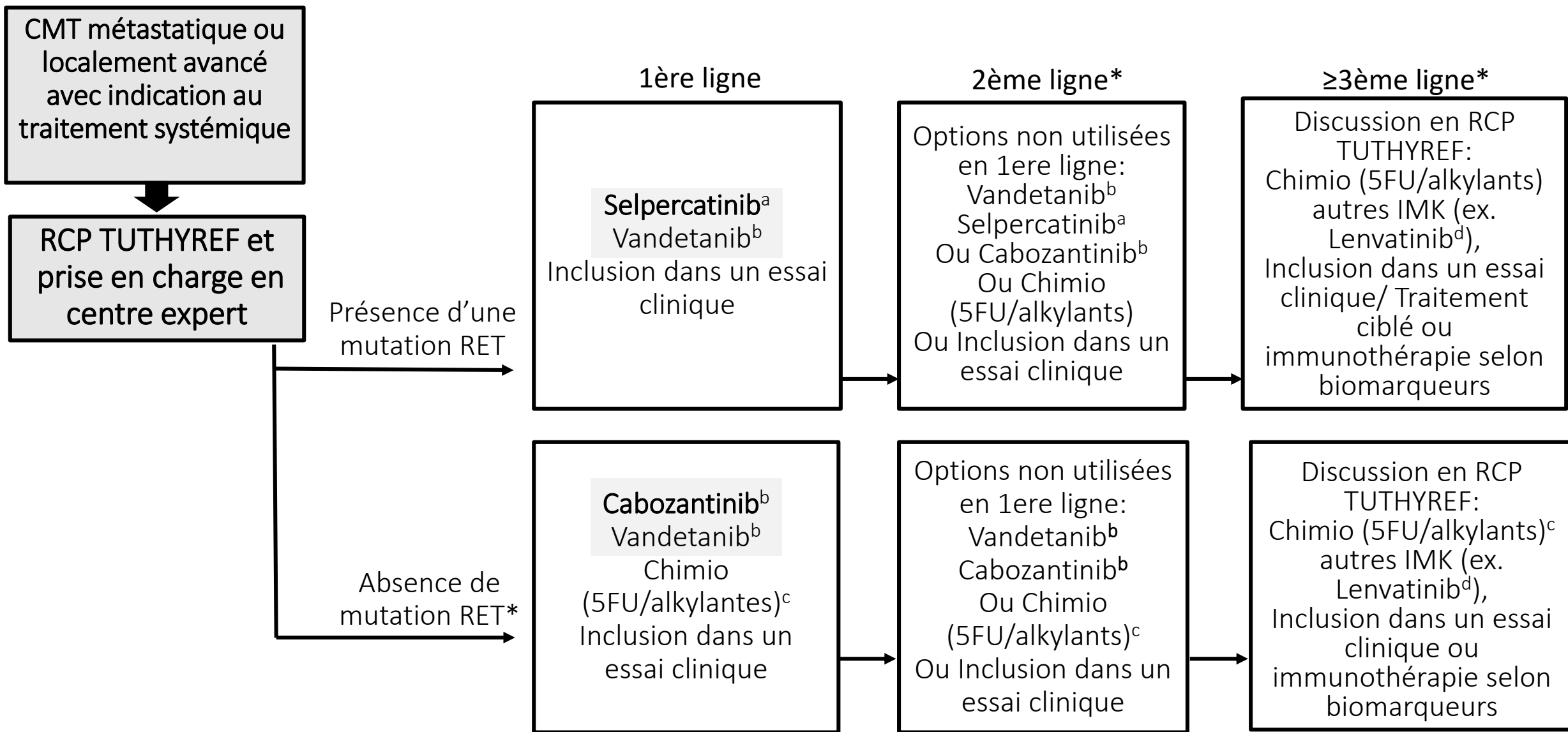
(1) Etat général, comorbidités, examen ORL, évaluation onco-gériatrique, TDM cervico thoraco-abdominal, TEP-18FDG, Echographie cardiaque ou FEVG isotopique

(2) Soins de support= prise en charge globale du patient et de ses proches en centre spécialisé: information des risques évolutifs dont la dyspnée laryngée, du pronostic péjoratif à court ou moyen terme, accompagnement psychologique, soutien nutritionnel, mise en relation avec réseau local de soins palliatifs, rédaction des directives anticipées

(3) Suivi par TDM CTAP et TEP-FDG toutes les 4-6 semaines

Cancer médullaire thyroïdien

Algorithme de prise en charge du cancer médullaire thyroïdien avancé ou métastatique



*Préconiser une recherche des altérations génétiques en cas d'absence de mutation RET et RAS (plan France médecine génomique 2025) et après progression sous traitement par inhibiteurs sélectifs de RET (Selpercatinib) pour recherche de mutation de résistance sur un panel large et par biopsie liquide selon disponibilité locale

^a Selpercatinib en 1ère ligne est supérieur en termes de SSP par rapport à Cabo/Vande dans un étude randomisée en ouvert, en 2ème ligne Selpercatinib est apparu efficace dans un essai de phase I/II non comparatif; ^b Cabo/Vande sont supérieurs au placebo en termes de SSP par rapport au placebo en 1ère et 2ème ligne dans un étude randomisée en double aveugle, le nombre de patients non mutés RET était très limité dans ces essais; ^c niveau de preuve faible, basé sur des séries rétrospectives à faible effectif; ^d phase II non comparative

Traitements locorégionaux

Indications et modalités de traitements locorégionaux des cancers thyroïdiens médullaires ou différenciés

Patient candidat aux traitements loco-régionaux:

- Présence de symptômes, et/ou
- Localisation à risque, et/ou
- Progression lente/ ≤ 5 sites, et/ou
- Petit volume tumoral

Métastases osseuses

douleur mécanique secondaire à une fracture pathologique

→ stabilisation du foyer fracturaire (+/- radiothérapie)

Ostéosynthèse Chirurgicale: Fractures os longs; fractures instables du rachis

Ostéosynthèse Percutanée en RI (+/- cimentée): Fractures non déplacée

Cimentoplastie: Tassement vertébral, fracture du sacrum

douleur métastatique compressive

→ destruction tumorale localisée

Décompression chirurgicale (laminectomie +/- ostéosynthèse rachidienne) + radiothérapie externe: compression médullaire symptomatique

Radiothérapie externe

Destruction thermique percutanée lésions <3 cm (radiofréquence/ cryothérapie/ micro-ondes)

Traitement préventif (lésion à risque)

→ destruction tumorale localisée +/- stabilisation

Lésion unique, sans autres métastases

→ Chirurgie de résection
Destruction thermique percutanée
Radiothérapie stéréotaxique

Métastases pulmonaires

Lésions <3cm (max 10 poumon, 5 foie)

→ Destruction thermique percutanée (radiofréquence/ cryothérapie/ micro-ondes)

Lésions <3cm (max 3 à 5)

→ Radiothérapie stéréotaxique

Métastases hépatiques

Lésion >5cm unique

→ Chirurgie de résection

Lésions >5cm multiples

→ Chimioembolisation hépatique (notamment CMT)

Métastases cérébrales

Lésion >2 cm avec symptômes neurologiques focaux ou d'un syndrome d'hypertension intracrânienne

→ Chirurgie +/- Radiothérapie stéréotaxique du lit opératoire

Lésions <3 cm, <5 ou <10 petites

→ Radiothérapie stéréotaxique

Lésions multiples et volumineuses avec symptômes

→ Discuter radiothérapie de l'encéphale in toto (exclusivement palliative)